

V L A A M S P A R L E M E N T



Zitting 1996-1997

13 maart 1997

VOORSTEL VAN DECREET

– van de heer Guy Swennen –

houdende de organisatie en de subsidiëring van Wijkgezondheidscentra

TOELICHTING

DAMES EN HEREN,

Wat is een wijkgezondheidscentrum ?

Een wijkgezondheidscentrum (WGC) is een samenwerkingsverband van eerstelijns hulpverleners. Eerstelijns hulpverleners zijn rechtstreeks bereikbaar voor de patiënt, bieden een continue vorm van hulpverlening en zijn geen specialisten. De zorgverstrekking in het samenwerkingsverband is polyvalent (multidisciplinair) en integraal (sociaal, psychisch en somatisch). Omdat het samenwerkingsverband pas echt kan functioneren wanneer de verschillende disciplines gelijke werkgebieden bestrijken, is de werking afgestemd op een territoriaal omschreven gebied. Het samenwerkingsverband moet meerwaarden opleveren als preventie, gezondheidsvoorlichting en -opvoeding (GVO) en gezondheidspromotie, in vergelijking met de huidige gezondheidszorg. De wijkgezondheidscentra opereren principieel voor niet-prestatiegebonden verloning. Dat geeft structurele waarborgen om hun preventieopdracht daadwerkelijk te realiseren. De wijkgezondheidscentra streven er bovendien naar iedereen gelijke kansen op en gelijke toegang tot de gezondheidszorgvoorzieningen te geven, in het bijzonder de meest kwetsbare groepen.

Waarom dit decreet ?

De kwaliteit en de kosten van de gezondheidszorg staan meer en meer ter discussie. Bovendien bestaat er een algemeen inzicht dat preventie en gezondheidsopvoeding tot nu toe ondergewaardeerd zijn. Daardoor wordt de wenselijkheid van vernieuwde zorgmodellen groter en neemt de aandacht ervoor toe, ook van de Vlaamse regering. Zo vermeldt de beleidsbrief "Voor Steden en Mensen" van Leo Peeters, Vlaams minister van Binnenlandse Aangelegenheden, Stedelijk Beleid en Huisvesting¹, het belang van de wijkgezondheidscentra in het kader van een strategie inzake het Gezondheidsbeleid. Dezelfde bekommernis voor lokale en multidisciplinaire acties komt tot uiting in de beleidsbrief "Gezondheidsbeleid" van Wivina Demeester, Vlaams minister van Financiën, Begroting en Gezondheidsbeleid².

Wijkgezondheidscentra bestaan in verschillende landen en worden op vele plaatsen gerealiseerd om de principes uit te voeren van de Wereldgezondheidsorganisatie rond eerstelijnsgezondheidszorg (verklaring van Alma Ata 1978). In de Scandinavische landen, het Verenigd Koninkrijk en Nederland zijn wijkgezondheidscentra ingebouwd in de algemene gezondheidszorg. In Vlaanderen zijn er maar enkele wijkgezondheidscentra. De initiatiefnemers daarvan waren groepen zorgverstrekkers, een buurtcomité of een buurtwerk. Juridisch namen de wijkgezondheidscentra in Vlaanderen vaak de vorm aan van een VZW.

De meerwaarde van wijkgezondheidscentra in Vlaanderen kan als volgt worden samengevat.

1. Wijkgezondheidscentra hebben een lage financiële en psycho-sociale drempel : patiënten kunnen er op elk ogenblik terecht met medische, psychische of sociale problemen. Bepaalde wijkgezondheidscentra zijn overgeschakeld op een forfaitair betalingsstelsel en dat heeft de financiële toegankelijkheid nog verbeterd, vooral voor de maatschappelijk meest kwetsbare groepen.
2. De multidisciplinaire benadering door een vast team geeft ongetwijfeld een meerwaarde aan de zorgverstrekking, omdat daardoor de verschillende aspecten van een probleem beter aan bod komen, de informatie geoptimaliseerd kan worden en een coherent beleid uitgewerkt kan worden. Bovendien heeft multidisciplinaire samenwerking een belangrijke meerwaarde voor het team dat de zorgen verstrekt. Zeker in complexe zorgsituaties (situaties van maatschappelijke achterstelling, chronisch zieken, terminale begeleiding, ...) is een hechte samenwerking tussen medewerkers uit verschillende disciplines noodzakelijk.
3. Wijkgezondheidscentra vormen een laboratoriumsituatie waarbij nieuwe ontwikkelingen worden uitgetest. Enkele voorbeelden :
 - patiëntenparticipatie, het opzetten van patiëntenadviesraden en dergelijke werden aan het eind van de jaren '70 en het begin van de jaren '80 in de wijkgezondheidscentra gerealiseerd ;
 - in 1982 werden in sommige wijkgezondheidscentra al vormen van intensieve thuis-hospitalisatie op multidisciplinaire basis in de praktijk gebracht. Dat gebeurde lang

1 Beleidsbrief Stedelijk Beleid 1995 "Voor Steden en Mensen", Leo Peeters, Vlaams minister van Binnenlandse Aangelegenheden, Stedelijk Beleid en Huisvesting, p. 105

2 Beleidsbrief 1995 "Gezondheidsbeleid", p. 31.

voordat de eerste regelgeving op de thuisgezondheidszorg tot stand kwam (1986) ;

- met de groepsgerichte benadering van bepaalde soorten patiënten (in bijvoorbeeld diabetesgroepen, relaxatiegroepen, prenatale en postnatale groepen, rookstopgroepen, ...) werd al in de eerste helft van de jaren '80 in de wijkgezondheidscentra gestart ;
- in de wijkgezondheidscentra werd voor het eerst in Vlaanderen "Community oriented primary care" tot stand gebracht, waarbij een gemeenschapsgeoriënteerde benadering van de gezondheidsproblemen met een maatschappelijke diagnosestelling voorop stond. Zo engageren bestaande wijkgezondheidscentra zich bij verkeersveiligheidsacties die de leefbaarheid van de buurt verhogen ;
- wijkgezondheidscentra in Gent waren actief bij het tot stand komen van het "Healthy City"-project³ ;
- netwerken van samenwerking op wijkniveau, zoals het Platform Hulpverlening Ledeberg, kwamen tot stand onder impuls van het plaatselijk wijkgezondheidscentrum. In dat platform ontmoeten alle hulpverleners van de wijk elkaar geregeld.

Voor deze ontwikkelingen kregen de wijkgezondheidscentra in Vlaanderen nationale en internationale erkenning :

- op het symposium over de eerstelijnsgezondheidszorg van de Koning Boudewijnstichting in Brussel (Koninklijk Paleis) in 1982 werden wijkgezondheidscentra als een voorbeeld van multidisciplinaire samenwerking voorgesteld ;
- op de conferentie van de Wereldgezondheidsorganisatie in Bordeaux in 1983 werd het wijkgezondheidscentrum "Botermarkt" (Gent) voorgesteld als een voorbeeld van de implementatie van de principes van eerstelijnsgezondheidszorg, zoals die door de Wereldgezondheidsorganisatie in Alma Ata gedefinieerd werd ;

³ Vanaf 1986 voert de Europese afdeling van de Wereld Gezondheidsorganisatie een actie gericht op de Europese steden i.p.v. op het traditionele nationale niveau. Die actie is gebaseerd op de redenering dat steden beter in staat zijn om initiatieven ter verbetering van de gezondheid te nemen. Het Europese netwerk van Gezonde Steden telt heel wat projectsteden.

- het project "Samenwerken aan gezondheid Ledeberg" van het wijkgezondheidscentrum "Botermarkt" fungeerde als proefproject van de Raad van Europa over gemeenschapsgeoriënteerde gezondheidsvoorlichting en -opvoeding ;
- het wijkgezondheidscentrum "De Sleep" speelde een belangrijke rol bij het tot stand komen van de interculturele bemiddeling in de gezondheidszorg.

Als men al deze elementen samenneemt, kan men zich afvragen waarom wijkgezondheidscentra in Vlaanderen nog steeds niet erkend zijn. Daarvoor kunnen drie belangrijke redenen worden gegeven.

1. Wijkgezondheidscentra kiezen duidelijk voor een territoriale benadering. Die staat haaks op de heersende cultuur in de gezondheids- en welzijnszorg in Vlaanderen, waarin vooral een benadering per categorie wordt gerealiseerd (afgestemd op bepaalde leeftijdscategorieën zoals bejaarden, of op bepaalde groepen zoals gehandicapten, migranten of analfabeten). De moeilijke implementatie van het besluit Weckx (1990) op de lokale samenwerkingsinitiatieven van de thuisgezondheidszorg toont aan dat een kleinschalige territoriale benadering in Vlaanderen niet evident is en maar moeilijk kan worden geïntegreerd in het beleid.
2. Wijkgezondheidscentra werken sectoroverstijgend. Hoewel ministers in de meeste beleidsverklaringen voortdurend aangeven hoe belangrijk het is dat voorzieningen in de sectoren van het welzijnswerk, de gezondheidszorg, het opbouwwerk, het vormingswerk en dergelijke sectoroverstijgend werken, blijken de concrete subsidiëeringsmechanismen voor de verschillende werksoorten niet van toepassing te zijn op wijkgezondheidscentra. Vele wijkgezondheidscentra hebben dat in de praktijk ondervonden, bijvoorbeeld in de sector van het maatschappelijk werk.
3. Wijkgezondheidscentra stellen zich duidelijk pluralistisch op. Daardoor zijn zij niet direct te plaatsen in het Vlaamse welzijnslandschap, dat nog in belangrijke mate verzuild is.

Wijkgezondheidscentra hebben er nooit voor gekozen om zich te isoleren ; integendeel : zij proberen zoveel mogelijk aan te sluiten bij lokale ontwikkelingen en door netwerkvorming de totale welzijnswerking in een wijk te optimaliseren. Om dat in de toekomst verder te kunnen doen, is het

absoluut noodzakelijk dat zij als een specifieke werkvorm worden erkend en gesubsidieerd.

Ook bij het realiseren van de preventie en GVO-doelstellingen die deel uitmaken van een echt gezondheidsbeleid, en die meerbepaald een gezonde leefstijl en leefomgeving bevorderen, zijn de wijkgezondheidscentra daadwerkelijk actief. Door hun multidisciplinaire, geïntegreerde en territoriaal omliggende werking en door de niet-prestatiegebonden betalingswijze van de hulpverleners in sommige centra, kunnen de wijkgezondheidscentra goede en efficiënte resultaten bereiken. Het ontwikkelen van actieprogramma's voor gezondheidsbevordering, zowel inzake preventie als inzake GVO, vormt immers een wezenlijk onderdeel van hun doelstellingen. De patiëntenparticipatie die daarbij nagestreefd wordt, is van groot belang.

Dit decreet wil criteria definiëren voor de erkenning van wijkgezondheidscentra die aan multidisciplinaire en geïntegreerde eerstelijns gezondheidszorg doen. Daarbij wordt een advies van de Vlaamse Gezondheidsraad gevraagd.

COMMENTAAR BIJ DE ARTIKELEN

Artikel 1

Dit artikel behoeft geen commentaar.

Artikel 2

Dit artikel behoeft geen commentaar.

Artikel 3

In dit artikel worden de basisdoelstellingen geformuleerd van dit decreet.

In de eerste doelstelling wordt het belang benadrukt van het recht op gezondheid voor iedereen en van de gelijke toegangsmogelijkheden tot de zorgverlening. Dat is een waardegeladen basisdoelstelling, die overeenstemt met de doelstellingen van het regeerakkoord en waarvan het belang uitdrukkelijk bevestigd wordt in het armoederapport van de Koning Boudewijnstichting.

In de tweede doelstelling wordt het algemeen erkende inzicht bevestigd dat eerstelijnszorg een cruciale rol speelt in de primaire preventie.

In de derde doelstelling wordt de waarde van participatie en van een holistische benadering in de zorg benadrukt. Dat zijn cruciale aspecten die bij uitstek in een wijkgezondheidscentrum kunnen worden gerealiseerd.

In de vierde doelstelling wordt benadrukt dat de specifieke functie van een wijkgezondheidscentrum is om zich te engageren in het lokale gezondheidsbeleid.

Artikel 4

Territoriale organisatie is een essentieel kenmerk van een wijkgezondheidscentrum. Om evidente praktische redenen kan het territorium niet exact bepaald worden in een decreet. Daarom is een met argumenten onderbouwde omschrijving van het gebied voldoende.

Artikel 5

Dit artikel bepaalt dat de regering wijkgezondheidscentra kan erkennen, na toetsing aan een reeks van criteria door de administratie. De criteria zijn doelcriteria : er moet ruimte zijn voor het WGC om ze, na verloop van tijd, te realiseren. Ze komen op het volgende neer.

- De wijkgezondheidscentra moeten hun werking inpassen in de algemene beleidsdoelstellingen zoals geformuleerd in artikel 3.
- Formeel moet het wijkgezondheidscentrum opgericht worden als een VZW.
- Multidisciplinariteit is de ruggegraat van de werking van een WGC :
 - dat blijkt vooreerst uit een geformaliseerde samenwerking tussen een huisarts, een paramedische medewerker en een maatschappelijk medewerker. Zij vervullen de kernfuncties in elk wijkgezondheidscentrum ;
 - de medewerkers die deze kernfuncties vervullen, moeten zich volledig inschakelen in de omvattende opdracht van het wijkgezondheidscentrum ;

- bovendien moeten deze medewerkers zich voor de buitenwereld als een geheel organiseren en presenteren gedurende een minimaal aantal uren per week.
- Een degelijke beoefening van de gezondheidszorg steunt op de registratie en de permanente monitoring van gezondheidsrelevante determinanten. Het wijkgezondheidscentrum moet deze werkmethode toepassen in haar werking.
- Hoe moeilijk het soms ook is, toch moet patiëntparticipatie als norm gelden.

Gelijke toegang tot de zorg wordt niet zomaar gerealiseerd. Methodes die dat bewerkstelligen, moeten worden ontwikkeld.

Artikel 6

Dit artikel expliciteert de doelstellingen van de medewerkers met een kernfunctie van het wijkgezondheidscentrum (huisarts, paramedische medewerker en maatschappelijk medewerker) en herhaalt het belang van de registratie en de monitoring van gegevens bij het ontwikkelen van methodes om deze doelstellingen te realiseren. Er wordt onderstreept dat gezondheidspromotie en -preventie zowel individueel als collectief bevorderd moet worden.

Artikel 7

Samenwerking binnen een wijkgezondheidscentrum is cruciaal, maar moet ook worden uitgebreid naar de actoren extern aan het wijkgezondheidscentrum. Prioritaire partners in dat opzicht zijn het gemeentebestuur, het OCMW en het lokale samenwerkingsinitiatief in de thuiszorg. Deze opsomming is niet beperkend bedoeld.

Artikel 8

Dit artikel behoeft geen commentaar.

Artikel 9

Dit artikel behoeft geen commentaar.

Artikel 10

In dit artikel wordt bepaald dat de criteria voor erkenning van wijkgezondheidscentra, doelcriteria zijn. Dat betekent dat er in de beginfase van een wijkgezondheidscentrum de ruimte moet zijn om nog niet gerealiseerde criteria te realiseren binnen een door de regering bepaalde termijn.

Artikel 11

Dit artikel behoeft geen commentaar.

Artikel 12

Dit artikel geeft aan de regering de gelegenheid om, binnen haar financiële mogelijkheden, de wijkgezondheidscentra te subsidiëren. Eén coördinator moet echter voor 100 % worden gesubsidieerd, omdat die een spilfunctie vervult in het functioneren van een wijkgezondheidscentrum. De verwijzing naar de gemeenten die in aanmerking komen voor het Sociaal Impulsfonds geeft aan waar de Vlaamse Gemeenschap, tijdelijk, haar prioriteiten kan leggen.

Artikel 13

In dit artikel wordt de samenwerking geregeld met het Vlaams Instituut voor Gezondheidspromotie, voor het aspect gezondheidspromotie.

Guy SWENNEN

VOORSTEL VAN DECREET

HOOFDSTUK I

Algemene bepalingen

Artikel 1

Dit decreet regelt een gemeenschapsaangelegenheid.

Artikel 2

In dit decreet wordt verstaan onder :

1. wijkgezondheidscentrum : een centrum zoals beschreven in artikelen 5, 6 en 7 van dit decreet ;
2. eerstelijnsgezondheidszorg : die zorgverstrekking die rechtstreeks toegankelijk is voor de hulpvrager, die ambulant en extramuraal verloopt, feitelijke continuïteit biedt, niet specialistisch is en zowel integraal als polyvalent is ;
3. gezondheidspromotie of -bevordering : het geheel van initiatieven, processen en maatregelen waarbij aan een individu, aan een groep of aan de samenleving middelen ter beschikking worden gesteld om een gezonde levensstijl te bevorderen, ziekten te voorkomen en omstandigheden te realiseren die de gezondheid verbeteren ;
4. buurt : een groep van gebouwen die door de omgeving als een eenheid ervaren wordt door zijn morfologie, zijn structuur, zijn ligging en zijn afbakening, en die meestal ook gekenmerkt wordt door de aanwezigheid van elementaire basisvoorzieningen ;
5. wijk : een samenvoeging van buurten die functioneel gericht zijn op één centrale buurt, met een ruimer assortiment aan voorzieningen voor de dagelijkse behoeften zoals banken, een ziekenfonds, een postkantoor of een dienstencentrum ;
6. gezondheidsmonitoring : het systematische onderzoek van het lichamelijk, geestelijk en sociaal welzijn van een populatie ;

7. samenwerkingsinitiatief : een initiatief, beschreven in het besluit van de Vlaamse regering houdende coördinatie en ondersteuning van de thuisverzorging van 21 maart 1991 ;
8. een huisarts : een type arts dat wordt omschreven in het MB van 30 april 1993 ;
9. een medische discipline : de discipline die beantwoordt aan de voorwaarden van het KB nr. 78 van 10 november 1967, gewijzigd door de wet van 6 april 1995 ;
10. een paramedische discipline : de discipline die beantwoordt aan de voorwaarden van het KB nr. 78 van 10 november 1967, gewijzigd door de wet van 6 april 1995 ;
11. een maatschappelijke discipline : een discipline die beantwoordt aan de bepalingen beschreven in het decreet van 13 juli 1994, artikel 10, § 1. – 7°, betreffende de hogescholen in de Vlaamse Gemeenschap ;
12. de administratie : de Administratie Gezondheidszorg van het Departement Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur.

HOOFDSTUK II

Basisdoelstellingen

Artikel 3

Dit decreet wil een Vlaams gezondheidsbeleid bevorderen door te investeren in de werking van wijkgezondheidscentra. Dat beleid heeft de volgende doelstellingen :

1. gelijke kansen op gezondheid en gelijke toegangsmogelijkheden tot gezondheidsvoorzieningen realiseren, door ondermeer fenomenen van sociale uitsluiting tegen te gaan ;
2. gezondheidsbevorderende initiatieven realiseren door de ondersteuning van eerstelijnsgezondheidszorg van zeer goede kwaliteit ;
3. nieuwe vormen van gezondheidscultuur realiseren, ondermeer door het bevorderen van patiëntenparticipatie en van een omvattende benadering van gezondheidsnoden rekening houdend met de sociaal-economische en cultu-

reel-anthropologische leefwereld van de gebruikers van de zorgverstrekking ;

4. een bijdrage leveren tot het ontwikkelen van een beleid inzake lokale gezondheidsbevordering.

Artikel 4

De doelstellingen van artikel 3 van dit decreet worden gerealiseerd op een wijk- of buurtgerichte manier. De omschrijving van het werkgebied moet gemotiveerd worden.

HOOFDSTUK III

De erkenningscriteria voor wijkgezondheidscentra

Artikel 5

De Vlaamse regering kan, na het advies vastgelegd in artikel 8 van dit decreet, wijkgezondheidscentra erkennen, als ze aan de volgende voorwaarden voldoen :

1. hun werking stemt overeen met de algemene beleidsdoelstellingen zoals bepaald in artikel 3 van dit decreet ;
2. ze zijn opgericht in de vorm van een vereniging zonder winstoogmerk ;
3. ze streven een aantoonbare multidisciplinaire benadering van de gezondheid en de eerstelijnszorg na. Dat moet blijken doordat :
 - a. er een gestructureerde en geformaliseerde samenwerking is tussen ten minste een huisarts, een paramedische medewerker en een maatschappelijk medewerker ;
 - b. de samenwerking zoals bepaald in a. betrekking heeft op de zorgverlenende en op de gezondheids- en welzijnsbevorderende aspecten van individuen en van de lokale gemeenschap in het werkgebied zoals beschreven in artikel 4 ;
 - c. de samenwerking zoals bepaald in a. en b. onder hetzelfde dak (c.q. binnen hetzelfde gebouw) gebeurt, minimaal vijf halve dagen per week duurt en gebaseerd is op functionele samenwerkingsverbanden ;

4. ze voeren een maatschappelijke diagnosestelling uit in hun werkgebied in de vorm van gezondheidsmonitoring. Daartoe maken ze gebruik van alle beschikbare registratiegegevens van gezondheids- en welzijnsproblemen ;
5. ze ontwikkelen methodes om cliënten te laten participeren in de werking van het wijkgezondheidscentrum ;
6. ze ontwikkelen methodes om de gelijke toegang tot de diverse terreinen waarop het wijkgezondheidscentrum actief is, te bevorderen.

Artikel 6

De gezondheids- en welzijnsbevorderende activiteiten zoals bepaald in artikel 5 - 3° b. moeten :

1. op een planmatige en actiegerichte wijze georganiseerd zijn ;
2. etiologisch-remediërend gericht zijn ;
3. gebaseerd zijn op de registratiegegevens zoals bepaald in artikel 5 - 4° ;
4. de verschillende aspecten van gezondheidspromotie en -preventie bestrijken geïntegreerd op het individuele niveau, het groepsniveau en het maatschappelijke niveau. Het ontwikkelen van sociale actie om gezonde levensvoorwaarden te bevorderen, kan daar deel van uitmaken.

Artikel 7

Een wijkgezondheidscentrum moet netwerkvorming nastreven, met als prioritaire partners :

1. het gemeentebestuur en het OCMW, op grond van hun verantwoordelijkheid voor het plaatselijke gezondheids- en welzijnsbeleid en, als die aanwezig zijn, de gedecentraliseerde openbare gezondheids- en welzijnsvoorzieningen ;
2. het lokale samenwerkingsinitiatief op het vlak van de thuisgezondheidszorg (besluit Vlaamse regering van 22 december 1990).

HOOFDSTUK IV

De erkenning en subsidiëring
van wijkgezondheidscentra

Artikel 8

Na advies van de administratie kan de regering wijkgezondheidscentra erkennen. Om erkend te worden en erkend te blijven, moeten de wijkgezondheidscentra voldoen aan de criteria van artikel 5.

Artikel 9

De regering bepaalt de procedure van erkenning zoals beschreven in artikel 8 van dit decreet, evenals de periode of de duur van de erkenning.

Artikel 10

De criteria van hoofdstuk III van dit decreet zijn doelcriteria. Dat betekent dat de erkende centra binnen een door de regering te bepalen termijn aan alle criteria moeten voldoen, om hun erkenning te behouden.

Artikel 11

Op de naleving van dit decreet in de erkende centra wordt toegezien door de bevoegde ambtenaren van de administratie. Die hebben vrij toegang tot de centra en hebben het recht om ter plaatse alle administratieve stukken en bescheiden te raadplegen die noodzakelijk zijn om hun ambt te kunnen uitoefenen. In elk geval worden de centra onderworpen aan een jaarlijkse evaluatie. Om die evaluatie mogelijk te maken, moeten de centra een jaarverslag en een jaarplanning maken en die overmaken aan de administratie binnen een termijn die door de regering wordt bepaald. Het jaarverslag en de jaarplanning bevatten alle gegevens die noodzakelijk zijn om na te gaan of de doelcriteria werden gehaald.

Artikel 12

De regering kan, na advies van de administratie en binnen de grenzen van de begrotingskredieten,

erkende centra jaarlijks subsidiëren voor alle activiteiten die niet in aanmerking komen voor eender welke andere subsidie, hetzij rechtstreeks, hetzij onrechtstreeks.

In elk geval komt één voltijds coördinator, belast met de noodzakelijke coördinatie van een erkend wijkgezondheidscentrum, in aanmerking om voor honderd procent gesubsidieerd te worden. De coördinator moet een opleiding van universitair of HOBU-niveau hebben. Een door de regering nader te bepalen forfaitair bedrag voor de werkingskosten wordt eveneens gesubsidieerd.

Artikel 13

Een centrale coördinatiecel is belast met de begeleiding en de ondersteuning van de individuele centra wat het aspect gezondheidspromotie betreft. Deze centrale coördinatiecel wordt erkend als A-voorziening zoals die wordt beschreven in het besluit van de Vlaamse regering van 31 juli 1991.

Guy SWENNEN
